WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XIV 1943 NUMER 1–6



II 2821 Zeits. 14

Dr med. R. WOHLRAB.

ZWALCZANIE DURU OSUTKOWEGO W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Streszczenie odczytu wygłoszonego w Academia Real w Madrycie oraz w Uniwersytecie Valladolid. Referat z Münch. med. Wschft. nr 22, r. 1942.

Dur osutkowy, zwany również durem wojennym lub głodowym, stanowi od najdawniejszych czasów zjawisko towarzyszące okresom wojen i niedostatku. Szczególnie wojna jest czynnikiem wybitnie wzmagającym rozpowszechnienie duru osutkowego wskutek nagłego zwiększenia się liczby bezdomnych, uchodźców i wędrowców. Równocześnie daje się odczuć brak odzieży, żywności oraz opału, co wszystko razem wzięte wpływa ogromnie niekorzystnie na ogólne warunki higieniczne, w szczególności zaś przyczynia się do znacznego wzrostu zawszenia całej ludności.

Już w czasie epidemii duru osutkowego w Hiszpanii (1903) oraz podczas wojny krymskiej przekonano się, że przenosicielami tej choroby są wszy. Fakt ten został wkrótce potwierdzony doświadczalnie przez *Nicolle* w r. 1909.

Walka społeczna z tą niebezpieczną chorobą dotyczy w pierwszym rzędzie źródeł zakażenia. Za takie należy przede wszystkim uznać ludzi chorych oraz rekonwalescentów, o ile są nosicielami wszy. Wprawdzie sam chory przestaje być zakaźnym dla wszy już na kilka dni przed ostatecznym ustąpieniem gorączki, to jednak w epidemiach ziem wschodnich jedno z najgłówniejszych źródeł zakażenia stanowią właśnie rekonwalescenci po durze. Dzieje się to między innymi dlatego, że ludzie ci sprawiają nierzadko wrażenie względnie zdrowych i nie nasuwają podejrzeń na możliwość zakażenia durem. Istnieje również inny powód ku temu, że ozdrowieńcy mogą być szczególnie niebezpieczni. Jak się okazuje, wszy zakażone masowo rickettsjami na szczycie choroby giną szybko z powodu rickettsjozy, tracąc w ten sposób swe znaczenie dla rozpowszechniania się zarazy, natomiast przy mniejszej zakaźności, spostrzeganej u ludzi pod koniec trwania duru, rickettsjoza wszy przebiega daleko wolniej, tak że pasożyty mogą utrzymać się przy życiu w ciągu szeregu tygodni, zachowując swą zakaźność.

Podobnie jak w zwalczaniu wszelkich innych epidemii tak i tutaj jako

ZP1944.42 42



pierwszy niezbędny warunek wymienić należy obowiązek zgłaszania każdego przypadku nie tylko rozpoznanego z całą pewnością, lecz również podejrzanego w kierunku duru osutkowego. Szczególnie jeśli chodzi o przypadki świeże sprawa ta pozostawia zazwyczaj jeszcze bardzo wiele do życzenia. Wczesne rozpoznanie nie należy do zadań najłatwiejszych, przy czym najczęstszą pomyłkę rozpoznawczą stanowi stwierdzenie ciężkiej grypy zamiast duru osutkowego. Oprócz tego można spotkać się z przypadkami świadomego zatajania istotnego stanu rzeczy wskutek obaw przed powszechnie przyjętymi rygorami, stosowanymi w razie stwierdzenia choroby zakaźnej. Ażeby usprawnić w tej dziedzinie funkcjonowanie aparatu zdrowotnego, należy przede wszystkim w razie epidemii przypomnieć po krótce światu lekarskiemu najważniejsze dane dotyczące kliniki, diagnostyki oraz epidemiologii danej choroby zakaźnej. Oprócz tego jednak niezbędną okazuje się stała i regularna kontrola zdrowotna obszaru dotkniętego epidemią. W tym celu wypada w okręgach wiejskich uruchomić cały szereg kolumn epidemiologicznych, w wielkich miastach zaś uciec się do systemu lekarzy blokowych. Kontrola zdrowotna powinna zwracać uwagę na każdego chorego gorączkującego, cierpiącego jednocześnie na bóle głowy, a nawet na każdą osobę pozostającą w łóżku. Zadaniem lekarza jest zadecydować, które z wyodrębnionych w ten sposób osób są rzeczywiście z największym prawdopodobieństwem chore na dur osutkowy i powinny być umieszczone w szpitalu. Najważniejszym bowiem zadaniem, do którego należy dążyć, jest wczesne rozpoznanie i natychmiastowa izolacja chorych. Niestety, nie posiadamy sposobu umożliwiającego pewne stwierdzenie choroby już w jej początkach. Wciąż jeszcze jesteśmy zmuszeni posługiwać się odczynem *Weil-Felixa*, który zresztą stanowi dobre kryterium diagnostyczne i wyświadcza nam nieocenione usługi. Do badań masowych znacznie lepiej nadaje się odczyn kropli suchej opracowany przez *Kudickego* i *Steuera:* 3 krople krwi osobnika podejrzanego o dur umieszcza się przy pomocy uszka na szkiełku przedmiotowym i suszy. W dalszym ciągu do każdej kropli dodaje się zawiesinę odmieńca X_{19} w 0,9%-owym roztworze soli kuchennej w ilościach 0,02, 0,04 i 0,08 cm^3. Odczyn zlepny obserwuje się następnie przy pomocy lupy po upływie 5 i 10 minut. Opisana reakcja stanowi modyfikację odczynu *Weil-Felixa*, jest jednak prostszą w wykonaniu i nierzadko wypada dodatnio o 1 dzień wcześniej niż odczyn przeprowadzony sposobem klasycznym.

Wymienione dotychczas zabiegi, mające na celu wychwytanie przypadków duru, prowadzą do właściwego celu jedynie w razie przeprowadzenia natychmiastowej izolacji źródeł zakażenia względnie też unieszkodliwienia ich przy pomocy odwszenia. Tak więc każdy podejrzany, a zatem również każdy gorączkujący z niejasnej przyczyny chory zawszony powinien być natychmiast kierowany do szpitala zakaźnego, gdzie podlega on odwszeniu oraz kąpieli odkażającej. W celu ułatwienia omawianej akcji izolacja szpitalna nie podlega żadnym opłatom ze strony pacjenta. W wyjątkowych przypadkach, dotyczących środowisk kulturalnych i nie zawszonych, można poprzestać na dezynfekcji mieszkania i poniechać izolacji chorego.

Klasyczny sposób zwalczania epidemii wymaga również zastosowania kwarantanny względem osób otaczających chorego. W poszczególnych miejscowościach Gubernatorstwa Generalnego utarł się zwyczaj przeprowadzania kwa-

rantanny w całym domu. Efekt tej dość uciążliwej dla ludności procedury okazał się nader znikomy. Jak tego dowodzą wyniki badań statystycznych, przeprowadzonych w Warszawie, spośród osób poddanych kwarantannie zapada na dur osutkowy ogółem 3%, przy czym w dzielnicach zamożniejszych liczba ta obniża się do 1%. Zresztą a priori można przewidzieć, że w poszczególnych domach istnieje względnie niewielki kontakt pomiędzy lokatorami poszczególnych lokalów. Natomiast w warunkach wiejskich kwarantanny w ogóle nie można przeprowadzić. Tak więc kwarantanna wymaga zazwyczaj pewnego dostosowania się naszych wiadomości epidemiologicznych do warunków lokalnych. Kwarantanną obejmować należy w pierwszym rzędzie osoby niechlujne, bezdomne i pozbawione poczucia odpowiedzialności społecznej. Znacznie ważniejszą od kwarantanny jest kontrola środków komunikacyjnych jak również zwalczanie włóczęgostwa i żebractwa. Należy tu przeciwdziałać przepełnieniu w kolejach, tramwajach i t. d. a także nie dopuszczać do gromadzenia się większych mas ludzi w ciasnych pomieszczeniach. Bezdomni są najgroźniejszymi krzewicielami epidemii szczególnie w warunkach wiejskich. Jako przykład niechaj posłuży pewna żebraczka, która odwiedziła przeszło pół tuzina wiosek, zarażając około 200 osób.

Jak już wspomniano, zawszenie zwiększa się tym bardziej, im więcej osób zmuszonych jest do zmiany swych dotychczasowych warunków życiowych na gorsze. Dowodzi tego zawszenie grup uchodźców, więźniów a nawet skąd inąd dobrze zaopatrzonych oddziałów wojskowych. Niewątpliwie życie rodzinne w swych tradycją ustalonych formach stanowi potężny czynnik przeciwdziałający zawszeniu.

W celu opanowania epidemii duru osutkowego nie należy stawiać sobie za zadanie osiągnięcie 100%-owego odwszenia ludności. Do tego samego celu może doprowadzić już w miarę możności jak największe obniżenie odsetku zawszenia. Ciekawy eksperyment w tej dziedzinie przeprowadziły władze sanitarne w Warszawie; zamknięto jedną z ulic obszaru dotkniętego epidemią i w ciągu 24 godzin poddano odwszeniu wszystkich jej mieszkańców w liczbie 4500 osób; równocześnie kolumny sanitarne dokonały dezynfekcji odnośnych mieszkań, wykrywając przy tej sposobności wszystkich niezgłoszonych chorych na dur osutkowy. Skutek tego rodzaju akcji dał się wyraźnie zauważyć w ciągu następnych 4 tygodni, pomimo że mieszkańcom ulicy przywrócono kontakt z resztą terenu objętego epidemią. Po upływie tego czasu liczba zachorowań na dur w obszarze odwszonym zaczęła znów powoli wzrastać, nie osiągając jednak już swej poprzedniej wyjątkowo dużej wysokości. Pracowników kolumn odkażających nie należy oczywiście uświadamiać o zbędności 100%-owego odwszenia, ponieważ mogłoby to wpływać na zbyt wielkie obniżenie wydajności ich pracy. Co więcej, niezbędna jest tu ciągła kontrola, ponieważ istnieje cały szereg czynników mogących w niwecz obrócić całą akcję. Pominąwszy opieszałość personelu odkażającego, wymienić należy w pierwszym rzędzie uchylanie się od akcji osób zawszonych, bądź to ze względu na brak instynktu społecznego, bądź też w obawie przed zniszczeniem ostatniego niekiedy ubioru. Z drugiej strony osoby zamożniejsze nierzadko usiłują przekupić członków kolumn celem uzyskania zwolnienia od dezynsekcji.

W razie stwierdzenia w danej miejscowości pierwszych przypadków duru osutkowego, należy w pierwszym rzędzie przeprowadzić odwszenie osób chorych

oraz ich rodzin. W początkach epidemii należy zasadniczo poddać odwszeniu również i pozostałych mieszkańców danych domów, co w mniejszych miejscowościach, w szczególności zaś na wsi, należy w miarę możności połączyć z odwszeniem całej ludności. W tym okresie również kwarantanna może oddać dobre usługi. W dużych ogniskach epidemii postulatów powyższych nie można przeprowadzić, bezwzględnie jednak konieczne jest odwszenie chorych oraz osób przebywających z nimi w stałej codziennej styczności. W akcji odwszenia należy również zwrócić uwagę na osobników stale zawszonych, którzy notowani są w osobnej kartotece. W Warszawie ośrodki zdrowia od dawna prowadzą tego rodzaju kartoteki.

W związku z epidemiologią duru osutkowego należy jeszcze zwrócić uwagę na poznany nie dawno fakt zakaźności kału wszy zawierającego rickettsje względnie też zakaźności zasuszonych wszy. Tego rodzaju możliwości zakażenia nastręczają się szczególnie jeśli chodzi o ubiory futrzane. Zagadnienie to, bardzo ciekawe z punktu widzenia biologicznego — rickettsje w stanie suchym, zachowują swą zjadliwość w ciągu 2 lat — nie posiada większego znaczenia dla walki z epidemią, której naczelnym zadaniem wciąż pozostaje zabijanie wszy żywych bez zwracania większej uwagi na możliwości zakażenia się innymi drogami.

Aparat administracyjny, czynny w zwalczaniu duru osutkowego w Generalnym Gubernatorstwie, składa się z pełnomocnika specjalnego, któremu podlega komisarz dla walki z durem, mający z kolei pod sobą pełnomocników dla okręgów większych (liczących 200 000 mieszkańców). Pełnomocnikami tymi są epidemiolodzy, czuwający nad pracą lekarzy blokowych względnie kolumn sanitarnych. Wszystkie osoby zatrudnione podlegają specjalnemu przeszkoleniu. Warunkiem dla niczym nie skrępowanej pracy w walce z durem jest uprzednie szczepienie ochronne osób zatrudnionych w akcji.

Spośród metod dezynsekcyjnych natury fizycznej najlepszą jest stosowanie ruchomego gorącego powietrza. Sposób ten umożliwia zabicie zarówno wszy jak i ich larw oraz gnid a także rickettsji żyjących w kale wszy. W razie umiejętnego posługiwania się wspomnianą metodą nie niszczy ona zupełnie przedmiotów poddanych dezynsekcji, co stanowi bardzo ważny warunek, szczególnie w okresach epidemii.

Dezynsekcja przy pomocy gorącego powietrza znalazła swe rozwiązanie w szeregu instalacji wyrabianych seryjnie przez odpowiednie firmy. Przykładem urządzenia dającego się zbudować w najprymitywniejszych warunkach jest opisana w jednym z poprzednich numerów „Wiadomości Terapeutycznych“*) komora *Seifferta*. Również pomocniczym sposobem niszczenia wszy jest zwykłe prasowanie, zwłaszcza szwów, przy pomocy dobrze gorącego żelazka, a także pranie połączone z g o t o w a n i e m. Futra najracjonalniej dezynsekuje się przez posypywanie lub rozpylanie specjalnie ku temu przeznaczonych środków patentowanych i zamykanie na kilka dni w szczelnych skrzyniach, w dość wysokiej temperaturze pokojowej (20°).

Wśród metod chemicznych należy wspomnieć o całym szeregu przetworów zawierających siarkę (Diametan i in.), cyjanowodór i in.

---

*) Patrz nr. 5 Wiad. Ter. 1942.

Odwszenie osobiste przeprowadza się przy pomocy gorącej kąpieli w połączeniu z całym szeregiem środków chemicznych jak Cuprex, przetwory sabadilli, mydła naftowe i benzynowe. Do wyłącznego odkażenia ciała wystarczają znajdujące się w handlu środki odkażające jak Zephirol, Sagrotan i in. Rickettsje są przy tym tak mało odporne w środowisku wilgotnym, że dla zabicia ich wystarcza już zwykła kąpiel oczyszczająca z użyciem mydła. Przed kąpielą należy jak najdokładniej ostrzyc lub nawet ogolić odnośne osoby. W celu bezwzględnego zabicia gnid najlepiej jest powtórzyć kąpiel po 8 dniach. Wszelkie zabiegi tego rodzaju przeprowadza się w odowiednich kąpieliskach, których urządzenia nie zmieniły się w niczym od czasu wojny światowej.

Prof. dr K. GUTZEIT, Akad. Wojskowo-Lek. w Berlinie (Th. Gegwt. 1940, nr 5); dr GANTENBERG, Berlin (Dtsch. med. Wschr. 1939, nr. 51); dr E. BRÜNING i prof. dr SCHLOSSBERGER, Berlin (Dtsch. Mil. Arzt 1940, nr 2), dr H. OTTO (Klin. Wschr. 1940, nr 12), prof. dr PRIGGE, Frankfurt (Klin. Wschr. 1940, nr 15).

O LECZENIU CZERWONKI BAKTERYJNEJ

Czerwonka wywołana przez bakterie nie jest chorobą o jednolitym przebiegu; ciężkość obrazu chorobowego, przebieg cierpienia oraz sposób jego zwalczania zależą od rodzaju zarazka. Znamy następujące gramoujemne drobnoustroje wywołujące czerwonkę:

B. Shiga-Kruze, „prawdziwe“ zarazki czerwonkowe; Flexner; Strong; Y (His i Russel); Schmitz; Kruse-Sonne (Typ E).

Poniższa tabela obrazuje możliwości rozróżnienia poszczególnych typów:

Pożywki	Shiga	Schmitz	Grupa Y Flexnera			E Kruse-Sonne
			Flexner	Y	Strong	
Mannit z lakmusem	niebieski	niebieski	czerwony	czerwony	czerwony	czerwony
Ramnoza z lakmusem	niebieski	czerwony	niebieski	niebieski	niebieski	czerwony
Indol	—	+	+	+ lub —	+ lub —	—
Laktoza z lakmusem	niebieski	niebieski	niebieski	niebieski	niebieski	czerwony
wzgl. ścinanie mleka	—	—	—	—	—	+
Sacharoza z lakmusem	czerwony	najczęściej niebieski	Przeważnie zaczerwienie: pewna pokrewna grupa serologiczna nie wywołuje zmiany zabarwienia			czerwony
Określenie podług Shigi	Dys. B	Pałeczki metaczerwonkowe				Paradys.-B

W ciężkich przypadkach stwierdza się ropno-włóknikowe oraz ropno-martwicze zmiany zapalne w obrębie całego jelita. Do tego dołącza się zropienie grudek chłonnych obok objawów krwotocznych. Po oddzieleniu się miejsc martwiczych powstają początkowo powierzchowne w dalszym zaś ciągu zlewające się z sobą owrzodzenia. Zależnie od ciężkości choroby liczba krwawośluzowo-ropnych wypróżnień może wahać się pomiędzy 6 a 60. Równocześnie utrzymują się silne bóle o charakterze kolki, ciepłota ciała jest zazwyczaj niezbyt wysoka i posiada przebieg nietypowy. Stan ogólny ulega bardzo znacznemu upośledzeniu. Spośród powikłań czerwonkowych oraz chorób następczych stwierdzić można gościec czerwonkowy, choroby serca, zapalenie spojówek, zapalenie nerwów, paraplegie i in.; podług Waltera (M. M. W. 1941, nr 14) w około 25% przypadków należy liczyć się z gorączką następczą. Jady czerwonkowe określane są jako endo (entero)- oraz ekto (neuro)-toksyny. *Gantenberg* rozpoczyna leczenie czerwonki od podania soli karlsbadziekj lub oleju rącznikowego, stosując równocześnie dietę z surowych jabłek. Spośród leków stosuje się węgiel zwierzęcy, glinkę białą, przetwory taninowe, z leków przeciwkurczowych opium lub atropinę. Utratę wody równoważy się w razie potrzeby przy pomocy przetoczenia krwi. W początkach choroby próbuje się stosowania jednoważnej lub wieloważnej surowicy przeciwczerwonkowej. *Gantenberg* obserwował również pomyślne wyniki pod wpływem podawania bakteriofagów (Polyfagin), aczkolwiek w początkowej fazie swego działania wzmagały one nawet nieco rozwolnienia. Gościec czerwonkowy leczy się zgodnie z zasadami zwykłej terapii przeciwgośćcowej. *Brüning* i *Schlossberger* stosowali u chorych czerwonkowych do 5 wstrzykiwań po 10 — 30 cm³ wieloważnej surowicy czerwonkowej. *Gutzeit* oczekuje pomyślnych skutków zapobiegawczych i leczniczych pod wpływem podawania bakteriofagu czerwonkowego*).

W wyniku stosowania surowicy spostrzegał *Gutzeit* najlepsze wyniki. Również witaminy B_1 oraz C mają wspomagająco działać na leczenie czerwonki. W celu zapobieżenia utracie wody poleca Gutzeit Lipoidsol (100 cm³ 1%).

W leczeniu czerwonki dobrą opinią cieszą się również środki chemoterapeutyczne; skutecznymi okazały się Rivanol i Yatren, w ostatnich zaś czasach również sulfonamidy. *H. Gounelle, A. Bohn, Cl. Koskas* i *J. Marche* (Séance du 9 août à la Soc. méd. des Hôp. de Paris) badali działanie sulfonamidów podawanych doustnie 50 chorym na czerwonkę typu Flexnera. Z reguły podawano lek w ciągu 5 — 7 dni, a mianowicie 1. dnia 6 g (!), w dalszym zaś ciągu dawki obniżające się do 4 g. 2 — 3 g nie wystarczały. Podawanie leku rozpoczynano na 3. — 5. dzień choroby, a więc w okresie gdy można było wyrobić sobie zdanie o ciężkim przebiegu cierpienia. Już po 2 — 3 dniach zaznaczała się uderzająca poprawa, liczba stolców powracała do normy. W czerwonce typu Shiga-Kruse *Gorlitzer* (Schweiz. med. Wschr. 1940, nr 13) z dobrym skutkiem stosował w New Delhi Prontalbin jak również Prontosil rubrum, przy czym obydwa leki przynosiły jakoby równie dobry skutek. In vitro, w doświadczeniach na płytkach Petriego wykazał *Lopez Cardozo* z Groningen (Ned. Tid. Gen. 1941, nr 5) wyraźne (bakteriostatyczne) działanie sulfonamidu (8 mg%) na „shigelle" (pałeczki Shiga-Kruse i przede wszystkim Flexnera oraz Sonne). Sulfapyridin dzia-

*) Pomyślne wyniki miał również *Guthof*, D. M. W. 1941, nr 14.

łał jednak daleko silniej, to zn. wywierał właściwe działanie bakteriobójcze. Prawdopodobnie nie dochodzi tutaj (przy użyciu 6 wzgl. 8 mg%) do całkowitego zabicia bakterii; wprawdzie liczba zarazków po 12 godzinach obniża się pozornie do 0, jednakowoż po 18 — 36 godzinach daje się stwierdzić ich ponowny wzrost. Obecność śladów dopełniacza (krew) zdaje się posiadać tutaj szczególnie wielkie znaczenie (fagocytoza!). Również ciepłota (37°) jest czynnikiem ważnym, ponieważ w ciepłocie 4° Sulfapyridin pozostał, praktycznie biorąc, bez żadnego efektu. W szpitalu dziecięcym w Groningen leczono sześcioro dzieci chorych na czerwonkę bakteryjną przy pomocy 4 — 5-dniowych uderzeń sulfapyridinowych (50 — 100 mg na kg per os dziennie, stosownie do okoliczności w skojarzeniu z wysoką wlewką odbytniczą 0,5% Sulfapyridin, 75 cm³). Gorączka znikała w ciągu 24 godzin, rozwolnienia w 1 — 4 dni. Bardzo duże znaczenie dla osiągnięcia pomyślnego skutku posiada oczywiście leczenie objawowe (zatrucie oraz wyschnięcie tkanek). *Prigge* donosi o możliwości osiągnięcia odporności czynnej przy pomocy szczepionki; skoro szczepionka okazała się odpowiednią w doświadczeniach na zwierzętach, zaczęto próbować jej działania również u ludzi.

Najpewniejszym środkiem zapobiegającym zachorowaniu osób przebywających w okolicy zagrożonej czerwonką jest szczepienie ochronne.

Dr H. GEHLEN, Uzdrowisko oraz zakład badań nad gośćcem w Aachen.

ZAKAŻENIE OGNISKOWE A GOŚCIEC

(Referat podług Wykładów z medycyny praktycznej 1940, z. 7, nakład F. Enke, Stuttgart).

Przyczyny gośćca nie są jeszcze całkowicie ustalone, szczególnie jeśli chodzi o ocenę znaczenia czynników zewnętrznych (stan pogody, zawód, odżywianie), czynników wewnętrznych (podłoże alergiczne, niedomoga gruczołów dokrewnych, konstytucja, przemiana materii), zarazków (zarazek swoisty) i in. Zagadnienie zakażenia ogniskowego oraz jego stosunku do gośćca jest od dawna sprawą sporną. W r. 1936 wykazał *Slauck*, że uszkodzenie włókien nerwowych (pod wpływem zakażeń, działania kwasów w kwasicy cukrzycznej, doświadczalnego stosowania toksyn oraz kwasów) pociąga za sobą stłuszczenie włókienek mięśniowych, tak że znane drżenia włókienkowe stanowią zawsze wyraz ośrodkowego uszkodzenia odnośnych neuronów ruchowych. Zagadnieniem spornym pozostaje jeszcze droga, którą przechodzi jad (czy to podobnie jak w tężcu poprzez nerwy ruchowe, czy też przez około- względnie wewnątrznerwowe przestrzenie chłonne). W międzyczasie dowiedziono, że drżenie włókienkowe przemawia za zakażeniem ogniskowym w obrębie głowy; również odpływ trucizny poprzez drogi nerwowe do płynu mózgowo-rdzeniowego świadczy o współudziale nerwów ruchowych. Objaw powyższy można napotkać u wielu chorych gośćcowych. Wyłączenie ognisk przyczynia się między innymi do ustąpienia drżenia włókienkowego. Jest także faktem klinicznie dowiedzionym, że w gośćcu dołączają się również „ischemiczne zaburzenia czynności naczyń włosowatych“, które przy pomocy środków rozszerzających naczynia można do tego stopnia złagodzić, iż dochodzi do całkowitego ustąpienia bólów. W dalszym ciągu powiodło się

wreszcie dostarczyć całego szeregu dowodów przemawiających za tym, że zakażenie ogniskowe w gośćcu przebiega pod postacią właściwego zakażenia ogniskowego lub też toksykozy ogniskowej. Naturalnie zdarzają się również zakażenia mieszane. W przypadkach, w których przeważają rozsiewy ogniskowe, można z całym spokojem oczekiwać pomyślnych wyników działania środków przeciwzapalnych, przede wszystkim Pyramidonu oraz przetworów salicylowych. Również Prontosil oraz leki pokrewne mogą przyczyniać się do osiągnięcia wyników podobnych jak po Pyramidonie oraz kwasie salicylowym. Stosownie do okoliczności należy podawać środki nasercowe, uciekając się jednak do naparstnicy tylko w ostatecznym razie. Również bardzo celowe jest podawanie witaminy B_1 oraz C lub też przetworów mieszanych, jak Priovit (B_1, C, Lactoflavin, Citrin) i in. W ostrym zapaleniu wielostawowym można z powodzeniem stosować leczenie ciepłem np. w postaci rozgrzewających okładów z waty jak również wilgotnych gorących okładów alkoholowych o ciepłocie 25 — 30°C, które bez ceratki przykłada się na zmieniony zapalnie staw, gdzie ulegają stopniowemu ochłodzeniu. W ostrym zapaleniu wielostawowym należy natomiast w miarę możności nie stosować radykalniejszych zabiegów. Również kąpiele lecznicze powinny być stosowane bardzo ostrożnie, w celu uniknięcia zaostrzenia sprawy chorobowej. W przypadkach, w których zawodzą siły obronne ustroju, należy przejść do leczenia bodźcowego, niewłaściwego jednak tam, gdzie na czoło obrazu chorobowego wysuwa się toksykoza ogniskowa. W zakażeniach ogniskowych szczególnie skutecznym okazał się Paragen*). Wszędzie, gdzie proces obronny nie postępuje dostatecznie sprawnie, można jeszcze osiągnąć poprawę stanu przy pomocy wstrzykiwań wyciągów wątrobowych, które po mniejwięcej 10 wstrzykiwaniach kojarzy się ze stosowaniem Paragenu. Zakażenia ogniskowego nie usuwa się, o ile należy obawiać się jeszcze istniejącego rozsiewu oraz nadkażenia. W znacznie częstszych toksykozach ogniskowych chorób gośćcowych próbujemy usuwać zaburzenia czynności naczyń włosowatych, kwasicę tkankową, zaburzenia przemiany materii, stany kurczowe mięśni oraz wysiek znajdujący się w mięśniach i nerwach; dalej konieczne jest wyłączenie przenikania jadów z ogniska na drodze nerwów. Wszystkim wymienionym zadaniom czynimy częściowo zadość dzięki zabiegom miejscowym (gorące zawijania i in., wcierania ciał rozszerzających naczynia, jak histamina, jad pszczeli i in., promieniolecznictwo, gorące kąpiele i miesienie). Pochodne efedryny działają przeciwko niedokrwieniu. Kwasicy zapobiega dieta małosolna, warzywa zawierające dużo witamin, cukier gronowy, wapń, alkalizujące soki owocowe, woda emska lub neuenarerska i t. p. Stany kurczowe mięśni ustępują pod wpływem jontoforezy histaminowej. Postacie wysiękowe oddziałują dobrze na okłady mułowe lub kąpiele. Na koniec należy jeszcze raz podkreślić, że chwila usuwania zakażenia ogniskowego powinna być obrana z dużą ostrożnością i że oceny znaczenia danego ogniska zakaźnego należałoby dokonywać w miarę możności na mocy wspólnego

---

*) Paragen składa się z polipeptydów obdarzonych antytoksycznym działaniem, dalej z produktów rozpadu białek, które posiadają wybitne własności nieswoistych czynników antygenowych oraz aktywatorów, wreszcie z połączenia chinolinowo-mocznikowego o bardzo silnym działaniu bakteriobójczym. Lek wstrzykuje się głęboko domięśniowo.

porozumienia się lekarza leczącego z laryngologiem lub stomatologiem. Rozsiewowi zarazków należy przeciwdziałać za pomocą wystarczających dawek Pyramidonu. Dopiero po ustaniu wysiewu przystępujemy do leczenia ogniska. Reguły ostrożności, zachowywane przy leczeniu zakażenia ogniskowego, usprawiedliwiają fakt, że sposobu tego używa się jedynie u 25 — 30% chorych na gościec.

Dr PAULIAN i in.

O LECZENIU STWARDNIENIA ROZSIANEGO

(Referat podług Fortschr. Neur. Psych. 1935 — 1940).

W leczeniu każdej choroby znaczenie podstawowe posiada znajomość jej przyczyn. Dlatego też najprawdopodobniej nie wynaleziono jeszcze skutecznego leczenia stwardnienia rozsianego, ponieważ czynnik wywołujący stwardnienie rozsiane pozostaje wciąż nieznany. Początkowo przypuszczano, że choroba jest wywołana przez krętki, dlatego też w leczeniu jej stosowano chętnie Salvarsan lub Silbersalvarsan. Niepowodzenia lecznicze dowiodły jednak bardzo szybko błędności tego założenia. Dalsze badania nad wyjaśnieniem przyczyn choroby nie zdołały do dzisiejszego dnia rozwiązać zagadki stwardnienia rozsianego; jedni z badaczy wysuwają koncepcję choroby zakaźnej inni znów awitaminozy, wreszcie w 1936 r. zaczęto ponownie dowodzić, że jednak w danym wypadku mamy do czynienia z chorobą wywołaną przez krętki (*Steiner*-Heidelberg; Nervenarzt 1936, nr 3). Zależnie od poglądów na patogenezę choroby stosowano w jej leczeniu witaminy, środki chemoterapeutyczne, wywołujące gorączkę i wiele innych. Wszystkie dotychczasowe próby są jednak jeszcze błądzeniem w ciemności.

Leczenie gorączką (zimnica, szczepionka durowa, Neuro-Yatren). Zgodnie z danymi Szpitala Miejskiego w Frankfurcie n. M. (D. m. W. 1930, nr 21) leczenie stwardnienia rozsianego zimnicą ma przynosić znacznie lepsze wyniki niż stosowanie wyciągów arsenowo-złotowo-antymonowo-germaninowo-mózgowych. Po leczeniu zimnicą należy wdrożyć kurację Neosalvarsanem w ilości 3 — 5 g. Podobnie do zimnicy ma również działać gorączka, którą wywołuje się przy pomocy szczepionki durowej (np. podług *Schacherla*, W. kl. W. 1929, nr 26). *Paulian* — Bukareszt (Paris méd. 1932, nr 7) wywołuje gorączkę Neuro-Yatrenem (18 — 30 wstrzykiwań), oprócz tego zaś stosuje głębokie naświetlania promieniami Röntgena. Twierdzą, że pod wpływem tego leczenia ustępują zaburzenia ruchowe. (Z drugiej strony *Schaltenbrand*, Med. Welt 1938, nr 13, odrzuca leczenie gorączką, ponieważ może ono pogarszać cierpienie przyczyniając się do zaostrzeń).

Leczenie wstrząsami białkowymi.

Silvermann (Lancet 1936, nr 5905) miał przeprowadzać skuteczne leczenie przy pomocy wstrząsów białkowych. „Względny" wynik określa on większą długością życia swych chorych. Jak wynika z dalszej pracy (Brit. med. Jl. 1935, nr 3909), *Silvermann* używa do leczenia wstrząsowego Neuro-Yatrenu. *Chemoterapia i t. p.* (As, Sb, Au, Trypaflavin).

W stwardnieniu rozsianym próbowano znacznej liczby środków chemoterapeutycznych, jak Trypaflavin (*Schuster*, Arch. f. Psych. 1931, t. 93), Salvarsan oraz szczególnie Silbersalvarsan (*Russel Brain*, Brit. med. Jl. 1935), Germain (*Homann*, D. m. W. 1931, nr 48) oraz antymon. Większość metod poszła w zapomnienie, ponieważ wynki ich były zbyt niepewne, samo działanie leków natomiast pociągało za sobą niekiedy pewne niepożądane skutki; tak na przykład przede wszystkim wielu chorych zdawało się posiadać nadwrażliwość względem Germaninu. Niekiedy stosowano także przetwory złotowe, rzekomo z dobrym skutkiem. żelazo (węglan żelaza) było podawane tytułem próby w stwardnieniu rozsianvm przez *Sarganta* (JAMA 1933, t. 101) rzekomo z „nadzwyczajnym wynikiem".

Podawano także jod. *Erdész* (Zbl. f. ges. Neur. und. Psych. 1934, t. 70) zdołał w przypadku stwardnienia rozsianego usunąć paraplegię dzięki dolędźwiowemu wstrzyknięciu przetworu jodowego. *Horn* (W. kl. W. 1934, nr 8) wstrzykuje srebro koloidalne, cukier gronowy oraz tiosiarczan sodowy; rzekomo u każdego z chorych leczenie odniosło pewien skutek.

O wynikach z tiosiarczanem donoszą także *Mészarós* i *Laubál* (Fortschr. Ther. 1936, nr 12). *Kramer* (W. kl. W. 1937, nr 8) poleca glukonian magnezu. *Schaltenbrand* (Med. Welt 1938, nr 13, 1939, nr 2 i 1940, nr 50) leczył wcierkami rtęciowymi (4 — 5 g szarej maści obok tego 3 razy dziennie jodek potasu) przy czym wyniki zdaniem tegoż autora, były bardzo dobre. Rtęć zaleca również *de Crinis*.

Próby z *leczeniem antymonowym* stwardnienia rozsianego przeprowadzane były już bardzo dawno (tak np. w 1928 r. przez *Marburga*, Jaresk. ärztl. Fortb. 1928, z. 5). *Kentenich* jako szczególnie skuteczny przetwór wymienia Solu-Stibosan (Med. Welt. 1937, nr 51), który przyczynił się do podmiotowej i przedmiotowej poprawy u wszystkich 6 leczonych nim chorych. Pacjenci, dotychczas obłożnie chorzy, ponownie zaczęli chodzić.

Dolantin, wilcza jagoda, chinina.

Dzięki szczęśliwemu przypadkowi stwierdził *Werner* (Psych. neurol. Wschr. 1939, nr 40), że Dolantin łagodzi zaburzenia nerwowe. Również wilcza jagoda (podawana w postaci kuracji bułgarskiej) ma wywierać wpływ podobny do Dolantin; analogicznie działa jakoby skojarzenie pewnej substancji podobnej do atropiny z Luminalem (*Wichmann*, D. m. W. 1933, nr 21) jak również chinina (*Brickner*, JAMA 1935, t. 105).

Witaminy.

Jest rzeczą zupełnie jasną, że witamina przeciwneurytyczna B_1, która okazała się bardzo skuteczną w mielozie, zaczęła być stosowana tytułem próby również w stwardnieniu rozsianym. *Neumann* (Szpit. Hankego w Wrocławiu; M. M. W. 1935, nr 49) stwierdził zmniejszenie się zesztywnienia kurczowego w pewnym przypadku porażenia kurczowego obydwu kończyn dolnych. *Heiman* (Klin. Wschr. 1937, nr 31) donosi o sukcesach, lecz także i o niepowodzeniach leczenia B_1. Grigorescu próbował witaminy C (Cantan) (Z. f. exp. Med. 1937, t. 101).

Werner (Psych. neurol. Wschr. 1939, nr 28) kojarzy C + B_1 + glutation + tiosiarczan sodu. *Lépine* i in. (Presse méd. 1939, nr 23, s. 442) próbowali stosować w stwardnieniu rozsianym pokrewny witaminie C kwas 2,3-dwuketo-1-gulonowy w postaci podwójnj soli żelazowo-magnezowej. Przetwór ten podawany doustnie i wstrzykiwany dożylnie miał skutkować wcale dobrze. Próbowano nawet witaminy A (*Pichler* i *Reisner*, W. kl. W. 1938, nr 49), lecz nie przyniosła ona żadnych wyników.

Przetwory wątrobowe.

Podobieństwo mielozy powrózkowej towarzyszącej w niedokrwistości złośliwej z objawami stwardnienia rozsianego, stało się bodźcem do prób stosowania przetworów wątrobowych. Podług *Goodąlla* i *Slatera* (Brit. med. Jl. 1931, nr 3670) wyniki miały być niezłe, powracała np. zdolność chodzenia. Również *Gänsslen* (D. m. W. 1931, nr 46) leczył 5 chorych Campolonem; w wyniku ustąpiło pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, jednakowoż działanie ogólne trudno było ocenić. *Hang* (M. M. Wschr. 1934, nr 36) spostrzegał również pewne wyniki. Ostatnio Werner (Sanat. Kreischa koło Drezna, Psych. neur. Wschr. 1939, nr 40) donosił także o długotrwałych zwolnieniach u pacjentów leczonych Campolonem.

O dalszych pomyślnych wynikach leczenia wątrobą donoszą *Gowlland* str. 1462).
(Brit. med. Jl. 1935, II, s. 277) oraz *Umgley* (cyt. pg. Presse méd. 1935, nr. 75,

Lecytyna.

Pewną uwagę zwróciła na siebie metoda opracowana przez *Minea* i *Dragomira* (Bull. Acad. Méd. Roumaine 1937, t. 2). Autorzy ci przyjmują, że stwardnienie rozsiane zostaje wywołane przez zarazek przesączalny, który wydziela lipazę niszczącą otoczki rdzenne nerwów. Zarazek ma ulegać związaniu pod wpływem dolędźwiowego wstrzykiwania lecytytny. Rzekomo leczenie lecytyną przyczynia się do znacznej poprawy w około $80^0/_0$ przypadków. Podług *M. H. Weinberga* (Kgrzbl. ges. inn. Med. t. 77, s. 448) szczególnie dobrze działa również wstrzykiwanie do kanału lędźwiowego.

Surowica hemolityczna.

Leczenie surowicą hemolityczną, to zn. królików, którym w ciągu $^3/_4$ roku wstrzykiwano płyn mózgowo-rdzeniowy oraz krew chorych na stwardnienie rozsiane, zostało wprowadzone przez *Laignela - Lavastine* i *Koressiosa* w r. 1927. Wyniki, ujęte niedawno przez autorów w postaci monografii, (również Koressios, Presse méd. 1935, nr 65) nie potwierdziły się w $100^0/_0$. Tak więc *Borbely* (W. kl. W. 1936, nr 24, s. 743) już przed 4 laty zwrócił uwagę na silne działanie uboczne leczenia surowicą, któremu jednak nie można odmówić pewnych korzyści. Także *Martini* (Fschr. Neurol. Psych. 1939, s. 496) nie mógł w całej rozciągłości potwierdzić skuteczności leczenia surowicą. Podczas gdy na 64. posiedzeniu Stowarzyszenia Neurologów w r. 1939 *Kopp* i *Voss* donosili o pomyśl-

nych wynikach leczenia surowicą, *Martini* w dalszym ciągu pozostaje pomimo tego przy swej sceptycznej ocenie.

Leczenie chirurgiczne.

Koch i *de Savitsch* (Brit. med. Jl. 40, cyt. pg Fortschr Neur. Psych. 1939, s. 497) donoszą, że u 15 chorych widzieli „pomyślny wpływ" działania sympatektomii szyjnej.

Jeżeli teraz przyjrzymy się krytycznie skutkom osiągniętym przy pomocy najróżnorodniejszych środków, wówczas będziemy zmuszeni stwierdzić, że istotnych wyników jest bardzo niewiele, w każdym bądź razie zaś nie można obalić zarzutu, iż poprawa wywołana środkami leczniczymi może równie dobrze stanowić wyraz samorodnego zwolnienia choroby, które mogło nastąpić całkiem niezależnie od działania leku. Klinika Wewnętrzna w Erlangen jeszcze przed 10 laty (*Homan*, D. m. W. 1930, nr 48 i 49) stała na stanowisku, że trwałego wyniku nie można osiągnąć przy pomocy żadnego leku i, że „pomocne są liczne a właściwie żadne środki lecznicze". Twierdzenie powyższe pozostaje niestety słuszne również i obecnie. Także *Pette* (64. posiedzenie SWD Neurol. 1939) podkreśla brak leczenia swoistego stwardnienia rozsianego; zresztą w razie istnienia zmian anatomicznych o leczeniu tego rodzaju nie może być mowy.

Dr F. WIEDEMANN, Krajowy zakład leczniczy i przytułkowy w Osnabrück.

LECZENIE PARKINSONIZMU PO ZAPALENIU MÓZGU

(Referat podług Psych.-neurol. Wschr. 1941, nr 3).

Wiedemann podawał Dolantin 6 chorym z postencephalitis (parkinsonismus); wynik był uderzająco dobry. 5 spośród chorych było już leczonych przy pomocy wilczej jagody (atropina), stwierdzili jednak, że piperydynowy związek Dolantin jest znacznie przyjemniejszy w użyciu od przetworów atropinowych. 2 przykłady:

1. G. R. urodzony w r. 1909. Grypa z zajęciem układu nerwowego w r. 1919. Do pracy niezdolny od 1929. Początkowo również stany podniecenia, obecnie od szeregu lat chory obłożnie. Częste skurcze mięśni oczu i tułowia. W ciągu 6 — 12 godzin pacjent jęczy bez przerwy. Atropina przynosi ulgę, nie usuwa jednak skurczów. Podczas jednego z wspomnianych stanów kurczowych wstrzyknął *Wiedemann* 100 mg Dolantin domięśniowo. W 30 minut później skurcze ustąpiły; po 5 godzinach powróciły ponownie, udało się jednak usunąć je na przeciąg trzech dni przy pomocy ponownego wstrzyknięcia 100 mg. Po upływie tego czasu chory doznał wrażenia, że ponawiają mu się skurcze mięśni ocznych, jednakowoż podanie 2 tabletek (= 50 mg) Dolantin nie dopuściło do pojawienia się skurczów. Od tego czasu chory otrzymuje 3 razy dziennie po 25, po pewnym zaś czasie po 20 kropli (= 50 mg). W ciągu 3 tygodni pacjent nie miał żadnych dolegliwości; w 3 dni po odstawieniu Dolantin skurcze ponowiły

się; równocześnie powiększyła się sztywność mięśni. Do ponownego usunięcia dolegliwości wystarczyła tym razem dawka 3 razy dziennie po 15 kropli Dolantin.

2. W. W., urodzony w r. 1892. W r. 1917 grypa z zajęciem mózgu. Od 1918 sztywność mięśni oraz drżenie kończyn, od 1929 całkowicie niezdolny do pracy. Od r. 1935 w zakładzie: silne wzmożenie napięcia mięśni ramienia, znaczne pocenie się, mimika upośledzona, mowa utrudniona. 1934 przemijająca poprawa pod wpływem wilczej jagody. W r. 1940 ponowne zaburzenia jak poprzednio, a nawet silniejsze; stany podniecenia z rękoczynami wobec osób otaczających.

Leczenie: codziennie powiększające się dawki Dolantin 3 razy po 10 — 25 kropli. W następstwie leczenia zmniejszenie napięcia mięśniowego, poprawa w pozycji tułowia (pochylenie ku przodowi o 10, poprzednio zaś o 25^0). Poprawa utrzymuje się również po obniżeniu dawki dziennej na 3 razy po 15 kropli. Również u innych chorych przynosił Dolantin poprawę i stwarzał dla chorych możliwość zajmowania się zajęciami domowymi. Za najlepsze dawkowanie uważa się 3 razy po 5, zwiększające się następnie do 3 razy po 10 kropli; przypadki krańcowe wymagają stosowania najwyżej 3 razy po 40 kropli. W dalszym ciągu dawkę ponownie obniża się. Również w paralysis agitans zmniejszało się drżenie kończyn oraz wzmożone napięcie mięśni; Dolantin okazał się tu znacznie lepszy od innych przetworów. Nieznaczny ucisk w głowie oraz nieznaczna suchość w ustach, zaznaczająca się w 1 przypadku, stanowiły jedyne działania uboczne związane z nieco za wysokim dawkowaniem.

Dr R. SINGER, Szpital Wilhelminy w Wiedniu.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA NAPADÓW UDAROWYCH

(Referat podług Wien. klin. Wschr. 1941, nr 4).

W napadzie udarowym, wywołanym krwotokiem do mózgu, stwierdzamy często objaw towarzyszący w postaci obrzęku mózgu. Pośród 52 chorych, którzy zmarli po krwotoku do mózgu, znaleziono już makroskopowo w 37% obrzęk mózgu, oprócz tego u 46 zmarłych wykryto wyraźne zmiany w mięśniu sercowym. Po ustaleniu powyższych faktów *Singer* przeprowadził próby zmierzające w kierunku usunięcia obrzęku mózgu u osób dotkniętych udarem. Postępowanie to w połączeniu z leczeniem uszkodzenia mięśnia sercowego miało na celu osiągnięcie możliwie pewnej poprawy w tych ciężkich przypadkach. *Singer* przeprowadzał zatem próby ze skojarzonym stosowaniem przetworu Salyrgan w połączeniu z naparstnicą. Autor ten po 3 dniach obserwacji wstrzykiwał 1 cm^3 przetworu Salyrgan dożylnie oraz jeden raz dziennie podawał 0,2 g fol. digitalis. W dalszym ciągu stosowano Salyrgan co 5 — 7 dni, przy czym dawkę jego podwyższono do 2 cm^3, stosując lek nie więcej niż pięciokrotnie. W przypadkach beznadziejnych, stale pogarszających się podczas trzydniowej obserwacji, nie przeprowadzono leczenia salyrganowo-naparstnicowego, podobnie zresztą jak i

u pacjentów którzy zachorowali przed trzema tygodnaimi. Dotychczas leczył Singer przy pomocy wspomnianej metody 28 chorych (17 ♂, 11 ♀) w wieku 34 — 78 lat; w 16 przypadkach istniało porażenie połowicze, w 9 niedowład połowiczy, w 2 zmięknienie mózgu oraz w 1 miażdżyca tętnic mózgowych w połączeniu z obrzękiem mózgu. U 11 chorych (9 porażeń połowiczych, 1 miażdżyca naczyń mózgowych, 1 zmięknienie mózgu) osiągnięto bardzo dobry wynik zarysowujący się wyraźnie w ciągu 4 — 6 tygodni. Tak na przykład m. in. leczony był pewien 57-letni mężczyzna z porażeniem połowiczym, który w ciągu 1 roku przeszedł już 3 napady udarowe. Obok lewostronnego porażenia połowiczego stwierdzono dezorientację, porażenie m. połykowych, uszkodzenie mięśnia sercowego (RR 180/100), nieżyt oskrzeli oraz niedokrwistość. Już w 2 dni po wstrzyknięciu przetworu Salyrgan (1 cm^3 dożylnie) ustąpiło porażenie mięśni połykowych, w 7 dni później, to zn. w 24 godziny po 2. wstrzyknięciu Salyrganu, (tym razem 2 cm^3) ustąpiło porażenie kończyny górnej i dolnej i w 16 dni później (24 godzin po 4. wstrzyknięciu) ustąpiło dołączające się w międzyczasie odoskrzelowe lewostronne zapalenie płuc. Na ogół efekt leczenia odwadniającego był wyraźny u 28 chorych (11 ciężko oraz 6 lżej chorych). U 5 chorych osiągnięta poprawa niczym nie różniła się od wyników osiąganych przy pomocy metod stosowanych dawniej. U 2 chorych nie stwierdzono żadego skuktu, 4 pacjentów zmarło. Tak więc ogółem w tej tak trudno poddającej się leczeniu chorobie osiągnięto w 61% wynik pomyślny pojawiający się niekiedy błyskawicznie z chwilą zastosowania leczenia salyrganowo-naparstnicowego.

Dr E. Klaftenegger, Klinika Kobieca w Linz.

TENOSIN PO PORODZIE

(Referat podług Wien. klin. Wschr. 1942, nr 24).

400 położnic otrzymało bezpośrednio po porodzie wstrzyknięcie jednej ampułki Tenosin, u drugiej grupy, liczącej także 400 osób, zastosowano pewien próbny przetwór sporyszu, w trzeciej wreszcie (również 400 położnic) nie podano żadnego leku. W dalszym ciągu stosowano codziennie po 2 tabletki Tenosin albo 3 tabletki przetworu próbnego, względnie nie używano żadnego leku wzmagającego napięcie mięśni macicy.

W grupie pierwszej (Tenosin) okazało się, że u blisko ¾ pacjentek pojawił się pierwszy silny skurcz macicy po 3 — 5, bądź też najdalej po 5 — 7 minutach. Następnie w odstępach 2 — 4‘ pojawiały się dalsze skurcze macicy, w następstwie których u połowy badanych osób zostało wydalone łożysko w ciągu pierwszych 15 minut po porodzie. U reszty osób należących do grupy pierwszej łożysko zostało wydalone w różnych okresach czasu, nie przekraczających jednak w najgorszym razie 35 minut. Wynik powyższy nie jest wcale gorszy niż przy wstrzyknięciu u przetworów sporyszu, które były szeroko stosowane w okresie poprzedzającym niniejsze badania. Jako tego dowodzi szereg tokogramów, również w przerwach pomiędzy skurczami napięcie mięśni macicy jest wyższe niż w przypadkach kontrolnych. Stosownie do tego upływ krwi jest bardzo niewielki i wynosi najwyżej 80 — 100 g. U 23 kobiet wstrzyknięcie Tenosin

nie wywarło przekonującego wyniku: pojawiły się jedynie bardzo nieznaczne bóle następcze. Również i tutaj stwierdzono jednak w tokogramie wzmożenie napięcia mięśniowego. Pod wpływem stosowania przetworu próbnego wyniki nie były już równie pomyślne: u 46 kobiet odeszło łożysko dopiero po 40', wreszcie w trzeciej grupie dopiero po 80'.

Oprócz przyspieszonej inwolucji zauważono po pewnym okresie spostrzegania, że w porównaniu z grupą 3. pojawiają się w grupie 1. znacznie rzadziej dolegliwości pęcherzowe. Ponieważ napięcie mięśni macicy oraz pęcherza moczowego zachowuje się analogicznie, a zatem skurcze pęcherza są wzmacniane przez wzmożenie napięcia mięśni macicy, przeto mniejszą częstość występowania dolegliwości pęcherzowych należy przypisać działaniu Tenosin. W grupie otrzymującej Tenosin oddawanie moczu było nieupośledzone, z wyjątkiem 5 pacjentek, u których stwierdzono nieznaczne tylko zaleganie moczu w pęcherzu. Liczebnym odzwierciadleniem powyższych stosunków jest fakt, że w grupie z Tenosin jedno zapalenie pęcherza przypadło na 3 względnie 6 zachorowań tego rodzaju w pozostałych grupach. Tenosin, jako nie zawierający alkaloidów lek wzmacniający napięcie mięśni macicy, bezsprzecznie nie ustępuje pod żadnym względem przetworem sporyszu, nie wywołuje przykrych bólów następczych ani nie posiada jakichkolwiek innych działań ubocznych.

H. SCHMELZER, Klinika oczna w Erlangen.

LECZENIE MIEDZIĄ PRZEWLEKŁYCH NAWRACAJĄCYCH ZAPALEŃ W OBRĘBIE NARZĄDU WZROKU

(Arch. f. Ophtalmol. 1943, t. 145, str. 536).

Zachęcony pomyślnymi wynikami stosowania przetworu miedziowego Ebesal w gruźlicy przystąpił S. do leczenia miedzią również pacjentów z przewlekłymi nawracającymi zapaleniami w obrębie narządu wzroku. Autor wybrał w tym celu 15 chorych, którzy już od przeszło 6 lat, niekiedy zaś od 16 lat cierpieli na nawracające zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, przy czym choroba raczej ulegała pogorszeniu niż poprawie pomimo leczenia ogólnego jak zabiegi napotne, autohemoterapia, stosowanie tebeprotiny oraz leżakowanie. Oprócz tego leczeniu poddano 8 chorych z przewlekłym zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego lub z zapaleniem naczyniówki, przy czym jeden z nich miał uporczywe stwardniające zapalenie rogówki inny zaś krwawienie do ciałka szklistego w wieku młodym.

Etiologia przewlekłych nawracających zapaleń narządu wzroku nie była u większości chorych dostatecznie wyjaśniona, u znacznej ich liczby polegała najprawdopodobniej na nadwrażliwości względem jadu gruźliczego, u pozostałych zaś uzależniona była zapewne od innego rodzaju alergii.

Dawkowanie przetworu Ebesal wynosiło: 0,01 g dawka początkowa, następnie w razie dobrej tolerancji w odstępach trzydniowych 0,025 g, 0,05 g, 0,075 g i 0,1 g dożylnie; ostatnią dawkę powtarzano co 3 — 4 dni aż do osiągnięcia łącznej dawki 1,2 leku. (Czas trwania kuracji przeciętnie 7 tygodni).

U 9 chorych (7 przypadków iridocyclitis, 2 przypadki chorioiditis disseminata wzgl. centralis) osiągnięto wyniki do bardzo dobrych włącznie, u dalszych 9 pacjentów, pojawiła się co najmniej poprawa, która pod względem czynnościowym nie mogła dostatecznie uwydatnić się ze względu na zmętnienia rogówki bądź ośrodkowe blizny siatkówki lub naczyniówki i t. d. U 4 chorych nie zaznaczyła się żadna poprawa (u 3 spośród nich chodziło o nawracające zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego z silnymi zmianami wysiękowymi rogówki, u 4. pacjentki istniało głębokie zapalenie rogówki o niewyjaśnionej etjologii). U pewnego pacjenta (23-letni żołnierz z krwawieniem do ciałka szklistego w wieku młodym) zaznaczyło się wyraźne pogorszenie, tak że z powodu dysergii wypadło przerwać leczenie przetworem Ebesal. Istota leczenia miedzią polega na pobudzaniu procesów wysiękowych, natomiast alergiczni i nadwrażliwi chorzy wymagają leczenia odczulającego to zn. tłumiącego stan w jakim się znajdują, dlatego też leczenie przetworem Ebesal nie nadaje się do leczenia dysergii.

Poza tym leczenie miedzią stanowi zawsze leczenie dodatkowe. Niezawodnie bardzo duże znaczenie posiada dieta mało solna oraz obfitująca w witaminy.

Podobnie jak złoto może również i miedź wywierać szkodliwy wpływ na obraz krwi. Tak więc u 11 spośród swych 23 pacjentów stwierdził S. w przebiegu leczenia Ebesalem nasilającą się leukopenię, która jednak nigdy nie przybierała groźnych rozmiarów, wyjąwszy jednego chorego z liczbą krwinek białych poniżej 3000. Leku nie wypadło jednak ani razu odstawić ze względu na jego wpływ na krew. Uderzające było, że u wspomnianych chorych nastąpiła szybka poprawa cierpienia, przy czym u 9 spośród nich spostrzegano wybitną limfocytozę (45 — 55%). U 10 chorych liczba krwinek białych kwasochłonnych zwiększyła się do 8 — 10%, w jednym przypadku do 18%! W zajwisku powyższym widzi S. zwiększające się uczulenie chorych pod wpływem soli miedziowej.

Doświadczenia obejmują obecnie dopiero okres 1½ roku, dlatego też S. nie wydaje ostatecznego sądu, poleca on jednak leczenie miedzią w odpowiednich przypadkach.

T R E Ś Ć:

W y d a w c a : »Bayer« - P H A R M A
W a r s c h a u, H e l g o l a n d s t r. 7. S k r z y n k a p o c z t o w a nr. 748.
C e n a p r e n u m e r a t y r o c z n e j zł 6, p ó ł r o c z n e j zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.